

Potensi Layanan Homecare Di Rs Umm Didasarkan Pada Analisa Kasus Penyakit, Ekonomi Dan Sosial Masyarakat

by Yoyok Bkti Prasetyo

Submission date: 05-Aug-2020 06:55PM (UTC+0700)

Submission ID: 1366182606

File name: n_Pada_Analisa_Kasus_Penyakit,_Ekonomi_Dan_Sosial_Masyarakat.pdf (339.36K)

Word count: 3712

Character count: 23380

Potensi Layanan Homecare Di Rs Umm Didasarkan Pada Analisa Kasus Penyakit, Ekonomi Dan Sosial Masyarakat

ORIGINALITY REPORT

19%
SIMILARITY INDEX

14%
INTERNET SOURCES

6%
PUBLICATIONS

14%
STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

2%
★ Submitted to Trisakti University
Student Paper

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 2 words

Potensi Layanan Homecare Di Rs Umm Didasarkan Pada Analisa Kasus Penyakit, Ekonomi Dan Sosial Masyarakat

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

POTENSI LAYANAN *HOMECARE* DI RS UMM DIDASARKAN PADA ANALISA KASUS PENYAKIT, EKONOMI DAN SOSIAL MASYARAKAT

Homecare Services' Potential at the UMM Hospital: Analysis on the Disease Cases, Public Social and Economy

Yoyok Bakti Prasetyo¹, Thontowi Djauhari², Sri Sunaringsih Ika Wardojo³

^{1,3}Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang

²Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang

¹Email: yoyok@umm.ac.id

ABSTRAK

Keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama, dengan demikian berdampak makin meningkatnya kasus yang memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan layanan *homecare*, mengidentifikasi asset yang diperlukan untuk layanan *homecare*, menyeleksi isu permasalahan dengan analisa mendalam terhadap karakteristik permasalahan *homecare*, mendefinisikan kebutuhan layanan *homecare* dengan terminologi yang terukur meliputi faktor ekonomi dan sosial, merumuskan rancang bangun model pelayanan *homecare* (pelayanan di dalam gedung dan luar gedung). Metode penelitian observasional. Hasil penelitian teridentifikasi masalah kesehatan yang berpotensi untuk dilakukan *homecare* adalah perawatan luka, perawatan antenatal, perawatan tali pusat, kasus paliatif. Model jasa pelayanan *homecare* perlu dikembangkan dalam bentuk *discharge planning* di RS UMM.

Kata kunci: *Homecare*, penyakit, ekonomi dan sosial masyarakat

ABSTRACT

Limitations of the community to pay for health services in cases of degenerative diseases requires a relatively long treatment, thus impacting the ever increasing cases that require follow-up nursing home. This study aims to identify the public health problems which need at service *homecare*, identify the assets required to service *homecare*, selecting issues problems with depth analysis of the problem characteristics *homecare*, define service needs *homecare* terminology measurable factors include economy and social, formulate design service model *homecare* (services inside the building and outside the building). Observational method is used in this research. The results of the study identified health issues that have the potential to do *homecare* is wound care, antenatal care, clean cord care, palliative cases. The model of *homecare* services need to be developed in the form of *discharge planning* in RS UMM

Keywords: *Homecare*, disease, public economy and social

LATAR BELAKANG

Perawatan kesehatan di rumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan merupakan suatu komponen

rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau

memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Meningkatnya penyakit kronis dan paling banyak pada populasi lansia yang membutuhkan perawatan rutin dan jangka panjang menjadi sesuai bila perawatan yang dilakukan adalah perawatan berbasis *homecare* (Markkanen, 2008; Lang, Edwards, & Fleiszer, 2008; 2011). Selanjutnya yang perlu diperhitungkan untuk melakukan perawatan *homecare* ini adalah mendekatkan akses pelayanan antara agensi penyedia pelayanan ini dengan pasien.

Keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama, dengan demikian berdampak makin meningkatnya kasus yang memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah. Misalnya : pasien pasca stroke yang mengalami komplikasi kelumpuhan dan memerlukan pelayanan rehabilitasi yang membutuhkan waktu relatif lama. Manajemen rumah sakit yang berorientasi pada profit, merasakan bahwa pelayanan klien yang sangat lama (lebih 1 minggu) tidak menguntungkan bahkan menjadi beban bagi manajemen. Banyak orang merasakan bahwa dirawat di institusi pelayanan kesehatan membatasi kehidupan manusia, karena seseorang tidak dapat menikmati kehidupan secara optimal dan terikat dengan aturan-aturan yang ditetapkan. Lingkungan di rumah ternyata dirasakan lebih nyaman bagi sebagian klien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan. Hanya menurut Lang (2011), perawatan di rumah yang perlu diperhatikan adalah menurunkan resiko terkait dengan lingkungan.

Hasil penelitian sebelumnya telah diperoleh bahwa 1) Adanya hubungan persepsi dengan minat masyarakat internal UMM terhadap layanan *homecare* dan berkorelasi kuat (Prasetyo, Kumboyono, Wardani, 2012), 2) Adanya hubungan persepsi dengan minat masyarakat eksternal UMM terhadap layanan *homecare* dan berkorelasi kuat (Prasetyo, Kumboyono, Wardani, 2012), 3). Perlunya pengembangan layanan *homecare* bekerjasama dengan rumah sakit mitra (Prasetyo, Kumboyono, Wardani, 2012), 4) Perlunya peningkatan skill perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan *homecare* sehingga akan berdampak pada kepuasan pasien (Wardojo, Ruhyanudin, Prasetyo, 2014), 4) Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan system pelayanan *homecare* bekerjasama dengan rumah sakit sebagai strategi mendekatkan pelayanan keperawatan pada masyarakat yang dalam jangka panjang diharapkan akan meningkatkan kemandirian dan derajat kesehatan masyarakat.

METODE

Desain penelitian observasional, Populasi dalam penelitian identifikasi masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan layanan *homecare* adalah dokumen rekam medik pasien yang telah dirawat di RS UMM Bulan September 2013 – September 2015. Sampel yang digunakan adalah rekam medik pasien. Sampel penelitian diambil secara *total sampling*. Populasi dalam penelitian identifikasi asset yang diperlukan adalah tenaga medis, paramedic RS UMM. Sampel penelitian diambil secara *accidental sampling*. Populasi dalam menyeleksi isu permasalahan *homecare* adalah tenaga medis dan paramedic, serta masyarakat

sekitar RSUMM. Sampel penelitian diambil secara *accidental sampling*. Populasi dalam mendefinisikan layanan *homecare* berbasis faktor ekonomi dan sosial adalah masyarakat sekitar RS UMM dan pasien yang sedang dirawat di RS UMM. Sampel penelitian diambil secara *accidental sampling*. Populasi dalam rancang bangun model layanan *homecare* adalah berbagai literature primer (jurnal ilmiah). Penelitian ini dilakukan di RS UMM

HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan layanan homecare

Berdasarkan hasil studi rekam medik di RS UMM yang telah dilakukan selama kurun waktu bulan Maret 2014-Oktober 2015 diperoleh hasil bahwa berikut adalah kasus- kasus yang potensial membutuhkan layanan *homecare* (Tabel 1).

Tabel 1: Kasus yang potensial membutuhkan layanan homecare di RSUMM Tahun 2015

No	Jenis Kasus	Prosentase
1	Perawatan Luka	48%
2	Perawatan Antenatal (perawatan tali pusat, perawatan ibu post partum)	30%
3	Rehabilitasi Pasca Stroke	15%
4	Kasus paliatif	7%
TOTAL		100%

Dari data tersebut, diketahui bahwa kasus perawatan luka menjadi kasus prioritas yang membutuhkan layanan *homecare* karena berdasarkan hasil studi rekam medis memiliki prosentase tertinggi sebesar 48%. Disusul dengan kasus perawatan antenatal (meliputi perawatan tali pusat bayi dan perawatan ibu nifas) sebanyak 30% kasus, perawatan rehabilitasi pasien pasca stroke sebesar

15%, dan sisanya adalah kasus lain yang potensial membutuhkan layanan *homecare* seperti kasus paliatif (kanker stadium lanjut) sebanyak 7%.

Data diatas menunjukkan bahwa perawatan kesehatan di rumah merupakan salah satu jenis dari perawatan jangka panjang (*long term care*) yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan (Helwiah, 2006). Perawatan kesehatan di rumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan serta memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal. Pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individual dan keluarga, direncanakan, dikoordinasi dan disediakan oleh pemberi pelayanan yang diorganisir untuk memberi *homecare* melalui staf atau pengaturan berdasarkan perjanjian atau kombinasi dari keduanya (Warhola, 1980 dalam Helwiah, 2006).

Sherwen (1991 dalam Helwiah, 2006) dan Parson, et al (2011) mendefinisikan perawatan kesehatan di rumah sebagai bagian integral dari pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi. Sedangkan Stuart (1998 dalam Helwiah, 2006) menjabarkan perawatan kesehatan di rumah sebagai bagian dari proses keperawatan di rumah sakit, yang merupakan kelanjutan dari rencana pemulangan (*discharge planning*), bagi klien yang sudah waktunya pulang dari

rumah sakit. Perawatan di rumah ini biasanya dilakukan oleh perawat dari rumah sakit semula, dilaksanakan oleh perawat komunitas dimana klien berada, atau dilaksanakan oleh tim khusus yang menangani perawatan di rumah. Menurut *American of Nurses Association* (1992 dalam Helwiah, 2006) pelayanan kesehatan di rumah adalah perpaduan perawatan kesehatan masyarakat dan ketrampilan teknis yang terpilih dari perawat spesialis yang terdiri dari perawat komunitas, perawat gerontologi, perawat psikiatri, perawat maternitas dan perawat medikal bedah.

Selain dari jenis kasus diatas tampak pada tabel 2 bahwa masyarakat di sekitar RS UMM juga mengalami kondisi morbiditas atau angka kesakitan berbagai penyakit akut atau kronis. Hal ini juga dapat dilihat dari daftar 10 penyakit terbesar yang dirawat di RS UMM.

Tabel 2: Daftar 10 penyakit terbanyak di RS UMM Tahun 2015

Jenis penyakit	Tahun 2015				
	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Dengue hemmorrhagic	1	2	2	2	1
Thypoid fever	2	3	3	3	1
Fever unspecified	3	1	1	1	9
Nausea and vomiting	4	5	5	5	4
Dengue fever	5	8	6	6	7
Gastritis	6	4	4	4	8
Stroke	7	7	7	7	5
New born diseases	8	6	8	8	6
Acut gastritis	9	9	10	9	2
Supervision of high risk	10	10	9	10	3

Tampak pada tabel 2 angka kesakitan masyarakat disebabkan oleh penyakit akut yang terbanyak adalah dengue hemmorrhagic dan penyakit kronis terbanyak adalah stroke. Angka kesakitan merupakan indikator yang digunakan untuk mengetahui kasus penyakit tertentu pada

masyarakat yang dapat diperoleh melalui dua indicator yaitu angka prevalensi dan insidens (Zlotnick., 2006). Angka prevalensi menggambarkan banyaknya jumlah kasus penyakit (kasus lama dan baru) pada suatu waktu tertentu per 1.000 penduduk (Dodd 2006). Indikator ini dapat berfungsi untuk memeberikan gambaran dari situasi kesehatan terkini. Sedangkan ,angka insidens merujuk pada jumlah kasus penyakit baru yang muncul pada saat tertentu per 1000 penduduk. Angka insidens penyakit berguna dalam evaluasi efektifitas suatu program yang dilaksanakan untuk menanggulangi suatu penyakit (Shi, 2007; Dodd, 2006).

Selain angka kesakitan, angka kematian bertujuan untuk menggambarkan jumlah kasus kematian pada suatu masyarakat, yang dapat diperoleh melalui perhitungan beberapa indicator antara lain adalah: Angka Kematian Kasar (*Crude Birth Rate*), Angka kematian penduduk pada usia tertentu (ASDR), Angka Harapan Hidup (*Life Expectancy*), Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Rate*), dan Angka Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate*) (Blumink, 2006).

Seleksi isu permasalahan homecare

Berdasarkan hasil diskusi dengan beberapa tenaga medis, diketahui bahwa isu permasalahan *homecare* yang menjadi prioritas untuk segera diselesaikan adalah :
1) kurangnya koordinasi yang dilakukan dengan manajemen rumah sakit dengan tenaga medis dan paramedis, dalam hal mengkoordinasikan pasien pasca *discharge planning* yang masih membutuhkan layanan perawatan kesehatan di rumah dengan tenaga medis yang bersangkutan, sehingga banyak pasien *post discharge planning* (dari RS UMM) maupun pasien

luar RS UMM yang belum tertangani secara optimal,

Belum adanya prosedur di RS UMM yang mengatur secara terintegrasi tentang pemberian layanan perawatan kesehatan di rumah baik bagi pasien pasca *discharge planning* maupun bagi pasien dari luar RS UMM yang membutuhkan layanan *homecare*. Manajemen industri *homecare* terdiri dari 3 (tiga) unsur yaitu pengelola pelayanan, pelaksanaan pelayanan dan klien. Pengelola Pelayanan adalah agensi atau unit yang bertanggung jawab terhadap seluruh pengelolaan perawatan kesehatan di rumah baik penyediaan tenaga, sarana dan peralatan serta mekanisme pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Pelaksana pelayanan adalah pelaksana pelayanan terdiri dari tenaga perawatan profesional dibantu dengan tenaga-tenaga profesional lain terkait dan tenaga non profesional. Pelaksanaan pelayanan tersebut terdiri dari koordinator kasus dan pelaksanaan pelayanan. Pelaksana pelayanan ini melibatkan dosen keperawatan sebagai manajer kasus dan dibantu oleh perawat-

perawat baik alumni RS UMM maupun perawat lain yang ada di puskesmas maupun rumah sakit. Klien adalah penerima perawatan kesehatan di rumah dengan melibatkan salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili klien. Apabila diperlukan keluarga dapat juga menunjukan seseorang yang akan menjadi pengasuh (*care-giver*) yang melayani kebutuhan sehari-hari dari klien.

Identifikasi layanan *homecare* berbasis ekonomi dan sosial

Identifikasi layanan *homecare* berbasis ekonomi dan sosial disini artinya bahwa untuk memberikan layanan *homecare* memerlukan analisis pasar terkait dengan kekuatan ekonomi yang dimiliki oleh masyarakat sekitar RS UMM. Kekuatan ekonomi ini dapat dilihat dari penganggung biaya meliputi: umum, BPJS, asuransi lainnya. Selain penanggung biaya juga dapat dilihat dari ruang rawat inap yang digunakan oleh klien. Tampak pada tabel 3 dan tabel 4 menggambarkan hal ini.

Tabel 3 Penanggung biaya pelayanan di RS UMM Tahun 2015

Penanggung biaya	Tahun 2015						
	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Umum	391/75%	413/81%	321/67%	169/70%	206/87%	271/80%	274/77%
BPJS	129/25%	85/17%	148/31%	72/30%	25/11%	59/18%	80/23%
Asuransi	0	10/2%	8/2%	0	5/2%	7/2%	0
Total	520	508	477	241	236	337	354

Pada tabel 3 masyarakat terbanyak penanggung biayanya adalah umum, artinya masyarakat yang dalam membiayai pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS UMM ditanggung oleh klien sendiri dan keluarga tanpa menggunakan BPJS dan asuransi yang lain. Sedangkan pada tabel 4

dapat dilihat sebagian besar masyarakat memilih ruang kelas 1 sebagai tempat perawatannya. Hal ini menunjukkan bahwa secara ekonomi dan sosial masyarakat pengguna di RS UMM memiliki tingkat ekonomi yang baik.

Tabel 4: Tempat pelayanan keperawatan di RS UMM

Ruang rawat inap	Tahun 2015						
	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Kelas III	184/35	156/30%	145/30%	33/14%	54/23%	80/24%	88/25%
Kelas II	91/17,5%	95/19%	133/28%	56/23%	54/23%	61/18%	70/20%
Kelas I	173/33%	205/40%	153/32%	146/61%	113/48%	186/55%	188/53%
VIP	72/14%	52/10%	46/10%	6/2%	15/6%	10/3%	8/2%
Total	520	508	477	241	236	337	354

Homecare sebagai produk dalam bentuk jasa sangat perlu untuk melakukan analisis potensi pasar para konsumen pengguna layanan ini. Analisis market konsumen ini diperlukan untuk menentukan segmen pasar yang akan dimasuki dalam bisnis *homecare*. Penentuan segmen pasar ini meliputi penentuan karakteristik pengguna layanan *homecare*. Opel, et al (2009) mengatakan bahwa dengan strategi pemasaran sosial dapat diperoleh isu sosial dari sector pelayanan public (seperti: tempat pelayanan, harga jasa pelayanan, produk yang ditawarkan, promosi kesehatan yang diinginkan) dan selanjutnya akan berdampak positif terhadap suatu produk yang akan ditawarkan dalam masyarakat.

Penangkapan isu sosial dari sektor publik oleh pihak pengelola usaha *homecare* dapat dibedakan mejadi 2 (dua) pendekatan utama pendekatan tradisional dan pendekatan kontemporer. Pendekatan tradisional dikelompokkan menjadi model ekonomi mikro dan model ekonomi makro. Model ekonomi mikro lebih menerangkan pada apa yang dibeli oleh konsumen dan berapa jumlah yang akan dibelinya (Shi, 2007; Dodd, 2006). Sedangkan sudut pandang ekonomi makro berfokus pada arus agregat dalam perekonomian. Dalam perspektif ekonomi, pola hubungan kondisi ekonomi dapat dilihat pada gambar dibawah. Dimana perasaan konsumen merupakan hasil proses modifikasi pengaruh dari kondisi ekonomi yang dapat dicatat sebagai tingkat kepercayaan konsumen mengenai kondisi ekonomi

langsung yang dihadapinya, dan harapan mengenai status dari kondisi ekonomi yang akan datang. Pendekatan kontemporer lebih memusatkan pada proses keputusan yang melibatkan konsumen dalam mempertimbangkan mengenai produk dan jasa yang dipilih. Pendekatan ini juga berusaha secara luas mengembangkan materi dalam ilmu perilaku (Shi, 2007; Dodd, 2006).

Ada banyak faktor yang mempengaruhi konsumen terhadap keputusan pembelian, yang disebut juga sebagai faktor perilaku. Pembelian konsumen secara kuat dipengaruhi oleh karakteristik budaya, sosial, pribadi dan psikologis. Karakteristik budaya yang meliputi kebudayaan, sub-kebudayaan dan kelas sosial memberikan pengaruh paling luas pada keinginan dan perilaku konsumen. Budaya sebagai peyebab paling mendasar dari keinginan dan perilaku seseorang (Shi, 2007; Dodd, 2006). Sub-kebudayaan banyak membentuk segmen pasar penting yang mendasari perancangan produk sesuai kebutuhan mereka. Kelas sosial akan menunjukkan pemilihan produk dan merek tertentu di tiap bidang. **Faktor sosial** meliputi **kelompok kecil, keluarga, norma, serta aturan dan status sosial konsumen.** **Kelompok** berfungsi sebagai titik banding/referensi langsung atau tidak langsung yang membentuk sikap maupun perilaku seseorang. Anggota keluarga dapat sangat berpengaruh terhadap perilaku pembeli. Peran dan status akan saling berkaitan saat melakukan pembelian, dimana setiap peran membawa status yang

mencerminkan penghargaan yang diberikan oleh masyarakat. Sehingga seseorang seringkali memilih produk yang menunjukkan status mereka dalam masyarakat (Shi, 2007; Dodd, 2006).

Keputusan seorang pembeli juga dipengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti umur pembeli dan tahap siklus hidup, pekerjaan, situasi ekonomi, gaya hidup serta kepribadian dan konsep diri. Pilihan-pilihan seseorang dalam membeli dipengaruhi lagi oleh empat faktor psikologi yang paling penting yakni motivasi, persepsi, pengetahuan serta keyakinan dan sikap. Motivasi sebagai sebuah dorongan yang diarahkan untuk mencari kepuasan terhadap kebutuhan (Markkanen, 2008; Lang, Edwards, & Fleiszer, 2008; 2011). Persepsi sendiri sebagai proses dimana seseorang memilih, mengatur dan menginterpretasikan informasi untuk membentuk gambaran berarti mengenai dunia. Pengetahuan sebagai hasil pembelajaran yang menggambarkan perubahan perilaku individu yang muncul karena pengalaman. Melalui pembelajaran, orang-orang mendapatkan keyakinan dan sikap. Keyakinan akan memberikan gambaran mengenai sesuatu dan sikap akan menempatkan kerangka pemikiran mengenai suka atau tidak sukanya akan sesuatu (Markkanen, 2008; Lang, Edwards, & Fleiszer, 2008; 2011).

Berdasarkan pola hubungan antara jenis usaha (masalah) yang paling tinggi dan usaha yang paling rendah, maka tingkatan pengambilan keputusan konsumen dibagi mejadi tiga yakni *extesive problem solving*, *limited problem solving* dan *routinized response behavior*. Pada tingkatan *extensive problem solving*, konsumen membutuhkan banyak informasi untuk lebih meyakinkan keputusan yang

akan diambilnya. Pada *limited problem solving*, kosumen tidak begitu banyak memerlukan informasi, akan tetapi konsumen tetap mencari-cari informasi untuk lebih memberikan keyakinannya. *Routinized response behavior*, karena konsumen telah memiliki banyak pengalaman membeli, maka informasi biasanya tidak diperlukan lagi (Shi, 2007; Dodd, 2006).

Proses keputusan pembeli terdiri dari lima tahap seperti pada gambar dibawah yakni pengenalan kebutuhan, pencarian informasi, evaluasi alternatif, keputusan membeli dan perilaku pasca pembelian. Tahap pengenalan kebutuhan sebagai tahap pertama proses pengambilan keputusan pembeli dimana konsumen mengenali suatu masalah atau kebutuhan (Markkanen, 2008; Lang, Edwards, & Fleiszer, 2008; 2011). Pembeli merasakan ada perbedaan antara keadaan nyata dengan keadaan yang diinginkan. Kebutuhan dapat dipicu oleh rangsanang internal maupun eksternal seseorang. Tahap proses pengambilan keputusan pembeli kedua adalah pencarian informasi, dimana konsumen telah tertarik untuk mencari lebih banyak informasi. Konsumen mungkin hanya meningkatkan perhatian atau mungkin aktif mencari informasi. Informasi dapat diperoleh dari beberapa sumber, seperti sumber pribadi, sumber komersial, sumber publik dan sumber pengalaman (Shi, 2007; Dodd, 2006).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil identifikasi masalah kesehatan yang membutuhkan layanan *homecare*, yang menjadi prioritas layanan adalah kasus yang terkait dengan perawatan luka sebesar 48%, sedangkan prioritas kasus kesehatan lainnya adalah terkait dengan perawatan antenatal,

rehabilitasi pasca stroke, serta layanan *homecare* pada kasus paliatif. Asset yang masih diperlukan untuk memfasilitasi layanan *homecare* terintegrasi dengan RS UMM antara lain adalah tersedianya *nursing kit*, tabung O2 *compatible*, *bed patient compatible*, tensimeter electric. Selain itu, isu permasalahan *homecare* di RS UMM yang masih menjadi antara lain terkait dengan kurangnya koordinasi antara manajemen dengan tenaga medis tentang pemberian layanan *homecare* baik dari pasien post *discharge planning* (RS UMM) maupun pasien rujukan dari luar RS UMM, serta belum adanya prosedur di RS UMM yang mengatur secara terintegrasi tentang pemberian layanan perawatan kesehatan di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Bleumink. (2006). 'Quantifying the heart failure epidemic: Prevalence incidence rate, lifetime risks, and prognosis of heart failure: the Rotterdam study', *Europe Heart Journal*, vol. 25, no.18, (online Scopus).
- DEPKES RI. (2006). *Panduan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Jakarta
- Dodd, RY. (2006). Current prevalence and incidence of infectious disease markers and estimated window-period risk in the American Red Cross blood donor population', *Transfusion Journal*, vol 42, no. 8, (online Wiley).
- Helwiah, R. (2006). *Homecare* sebagai bentuk praktek mandiri perawat di rumah. Bandung: *Jurnal Keperawatan Universitas Padjadjaran*, Vol. 5 No. IX
- Lebrun-Harris, LA. (2013). Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centres: findings from the 2009 patients surveys", *Journal of Health Services Research*, vol. 48, no.3, (online PubMed).
- Lang, A, Edwards, N, & Fleiszer, A. (2008). Safety in homecare: a broadened perspective of patient safety School of Nursing, University of Ottawa, Ottawa, Canada. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 20, Number 2: pp. 130–135
- Lang, A. (2011). There's no place like home: research, practice and policy perspectives regarding safety in homecare. *International Journal for Quality in Health Care* Volume 22, Number 2: pp. 75–77
- Markkanen, P. (2008). Studying home health care nurses and aides: research design and challenges. *Journal of Research In Nursing*. Vol 13 (6) 480 – 495
- Opel, DJ, Diekema, DS, Lee, NR, & Marcuse, EK. (2009). Social Marketing as a Strategy to Increase Immunization Rates. *Arch Pediatr Adolesc Med*, Vol 163, No. 5.
- Parson, J, Rouse, P, Robinson, EM, Sheridan, N, & Connolly, MJ. (2011). Goal setting as a feature of *homecare* services for older people: does it make difference?. *Journal Age and Ageing*, 41:24-29
- Prasetyo, YB, Djauhari, T, Kumboyon, Rosadi, R, Kurnia. (2012). Matahari *homecare* sebagai terobosan bisnis di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang. *Jurnal Dedikasi* Vol 9 Mei 2012 ISSN 1693-3214
- Prasetyo, YB, Kumboyono, Wardani, NS. (2012). Perceptions and enthusiasm community: empowering strategy information technology based marketing in *homecare* services. *The Fourth International Nursing Conference: Working Together For Health Security*, Thailand
- Shi, L. (2007). Community health centres and racial/ethnic disparities in healthy life', *International Journal of*

Health Services, vol. 31, no. 3,
(online PubMed).
Wardojo, SSI, Ruhyanuddin, F & Prasetyo,
YB. (2014). *Prosiding: Tantangan
Profesi Kesehatan Pada Masa Akan
Datang*. ISBN 978-979-796-284-5.
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Malang.

Zlotnick, C. (2006), "Survey findings on
characteristics and health status of
clients treated by the federally funded
(US) Health Care for the homeless
program", *Journal of Health Social
Care Community*, vol. 1, no. 17,
(online PubMed).